



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21727 (13) A

(51)6 A 61 K 31/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПУЛЬМОГЕННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

1

(21) 95083748
(22) 10.08.95
(24) 20.01.98
(46) 30.04.98. Бюл. № 2
(47) 20.01.98
(72) Карпенко Олександр Іванович, Коваленко Микола Микитович, Гуменюк Галина Львівна
(73) Інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Академії медичних наук України

2

(57) Спосіб лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень шляхом введення комплексу лікарських засобів, який відрізняється тим, що до комплексу засобів, що вводяться, включають форідон та трентал в фармакопейно допустимих дозах та режимах.

Винахід відноситься до області медицини, а саме до пульмонології та кардіології, і може бути застосований для лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень.

Відомий спосіб лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) шляхом застосування симпатолітичних препаратів центральної дії: доперіду по 0,25 г. 3-4 рази на добу, або гемітону (клофеліну) 0,75 мг 4-6 р на добу [Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких - К.: "Здоров'я". - 1994. - 216 с.]. Призначення даних лікарських препаратів приводить до значного зниження АТ, але побічні дії обмежують тривале їх застосування. Так, доперід може

погіршувати функцію печінки; як і клофелін, він може викликати сухість в роті, сонливість, закріп. Препарати можуть погіршувати концентрацію уваги, тому протипоказані особам, які роблять на конвеєрі, на будівництві, за кермом та ін.. Крім того, при тривалому їх призначенні розвивається звикання, що потребує збільшення дози.

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію верошпірону, який являє собою конкурентний антагоніст альдостерону (Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких - К.: "Здоров'я". - 1994. - 216 с.). При тривалому призначенні верошпірону в дозі 0,1 г. на добу (0,025 г. в 4 прийоми) через 3-4 тижні разом з гіпотензивним ефектом (на 15% знижувався систолічний артеріальний тиск (САТ), на 5-8% -

(19) UA (11) 21727 (13) A

діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), на 10% середній тиск в легеневій артерії), на 9–10% покращилася бронхіальна прохідність. Але недоліком цього способу є те, що гіпотензивна дія верошпірону розвивається дуже повільно (3–4 тижні), що потребує на початку лікування комбінації з іншими препаратами. Також можливий розвиток гіперкаліємії. У деяких пацієнтів при тривалому застосуванні розвивається гіпертріхоз (збільшена волохатість).

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію селективного β -адреноблокатору кордануму [Фуштей І.М., Поливода С.М. Корданум в комплексном лечении больных хроническими обструктивными заболеваниями легких с пульмогенной гипертензией // Тез. докл. III межінститут. конф. молодих учених и специалистов медиков по актуальным вопросам медицины. – Запорожье, – 1988. – С. 115–116]. Призначення препарату в дозі 150 мг/добу знижувало АТ, покращувало інші показники гемодинаміки, не погіршувало показники вентиляційної функції легень. Одним з недоліків цього способу є те, що проводиться лікування блокаторм β -адренорецепторів (хоч і селективним) у хворих з вираженою бронхообструкцією, тому постійно зберігається загроза підсилення бронхоспазму (при зменшенні дози бронхолітиків, загостренні бронхолегеневого процесу). Відомо також, що у значній кількості хворих на ПАГ скоротлива функція міокарду знижена, тому застосування кордануму, який проявляє негативну інотропну дію, може збільшити або викликати явища серцевої недостатності, вважається небажаним.

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію гіпотіазіду (Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких. – К.: "Здоров'я". – 1994. – 216 с.). Препарат призначається в добовій дозі 0,05–0,12 г. в 1–2 прийоми, перші 5–7 днів – щоденно, в подальшому – 2 рази на тиждень. Але відомо, що гіпотензивна дія салуретиків, в тому числі і гіпотіазіду слабка, починає проявлятися не з початку лікування, а через 1–2 тижні. Крім того, препарат викликає небажану гіпокаліємію, яка клінічно може проявлятися слабкістю, судомми кінцівок, негативними змінами на ЕКГ, появою порушень серцевого ритму, потребує додатково призначення препаратів калію, які в свою чергу негативно впливають на слизову оболонку шлунку. Тривале призначення гіпотіазіду може привести до збільшення

концентрації сечової кислоти, відкладенню її в нирках та суглобах. Препарат також може погіршувати функцію нирок, перебіг II-го типу цукрового діабету.

Відома комплексна антигіпертензивна програма, яка складається з гіпотіазіду в добовій дозі 0,05 г., гідралазіну (апресіну) в добовій дозі 0,06 г. та талінололу (кордануму) в дозі 0,15 г. на добу [Бобров В.А., Поливода С.Н., Фуштей І.М. с соавт. Артериальная гипертензия при хронической бронхиальной обструкции и некоторые вопросы ее лечения // Кардиология. – 1985. – Т.25. – № 6 – С. 67–70]. Гіпотіазід призначали на протязі 7 днів, потім його застосовували по 0,05 г. 2 рази на тиждень (через кожні 3 дні). Проведені дослідження функціонального стану міокарду, центральної та регіональної гемодинаміки показали, що через 20–21 день стаціонарного лікування разом з значним зниженням системного артеріального тиску, а у 21,7% хворих з його нормалізацією, значно покращувалися показники скоротливої здатності міокарду та регіональної гемодинаміки. Недоліком цього способу є те, що ні один з застосованих препаратів не має бронхолітичної дії, позитивного впливу на мале коло кровообігу. Крім того, у гідралазіну (апресіну) є багато побічних дій, серед них – тахікардія, ортостатичні реакції, при тривалому застосуванні можливо виникнення вовчаково-подібного синдрому. У багатьох хворих швидко розвивається звикання до препарату, що потребує збільшення його дози. Можливість негативної дії β -блокатору талінололу (кордануму) на бронхообструктивний синдром, а також гіпотіазіду обговорювалася раніше.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень в якому шляхом включення форідону та тренталу в комплексну терапію хворих досягається ефективно зниження артеріального тиску, покращення скоротливості лівого та правого шлуночків серця, функції зовнішнього дихання, зменшуються клінічні проявлення захворювання і за рахунок цього підвищується ефективність лікування даної категорії хворих.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень шляхом введення комплексу лікарських засобів, згідно з винаходом, до комплексу засобів, що вводяться, включають форідон та

трентал у фармакопейно допустимих дозах та режимах.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворому на бронхіальну астму або хронічний обструктивний бронхіт в складі комплексного лікування, що включає бронхолітичні, відхаркуючі, антигістамінні препарати, за показаннями – кортикостероїди та антибіотики, призначають форідон в дозі від 40 до 140 мг на добу, яка розподілена на три прийоми через рівні проміжки часу та трентал в дозі 0,2 г (2 ампули) в 250 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, на курс 10 введень.

Приводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1. Хворий С., історія хвороби № 2035. Діагноз: Бронхіальна астма І ст., інфекційно-алергічна, тяжкий перебіг, фаза загострення. ДН ІІ ст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на приступи задухи 4–5 разів на добу, сухий кашель, задишку, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24 хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі хрипи. АТ 179/102 мм.рт.ст., пульс 76 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–58%, ОФВ–1–41%, МОШ–75–22%, МОШ–25–15%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, традиційне антигіпертензивне лікування – клофелін 0,075 мг 4 р. в день, крістепін 1 табл. 2 р. в день. Проведено в стаціонарі 30 днів. Перед випискою відмічає приступи задухи 1–2 р. за добу, які припиняє застосуванням інгалятору "Беротек", незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 170/92 мм.рт.ст., пульс 82 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–65%, ОФВ–1–53%, МОШ–75–41%, МОШ–25–25%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 2. Хворий С., історія хвороби № 714. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІ ст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання в стані спокою та при невеликих фізичних навантаженнях, кашель з виділенням гнійного мокротиння, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та вологі хрипи в значній кількості. АТ 191/103 мм.рт.ст., пульс 82 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–62%, ОФВ–1–50%, МОШ–75–46%, МОШ–25–25%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту,

традиційне антигіпертензивне лікування – клофелін 0,15 мг 3 р. в день, апресін 25 мг 3 р. в день. Проведено в стаціонарі 28 днів. Перед випискою відмічає зменшення утрудненого дихання в стані спокою, яке покращується застосуванням 2 табл. еуфіліну за добу, незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях помірна кількість сухих хрипів. АТ 174/97 мм.рт.ст., пульс 89 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–67%, ОФВ–1–61%, МОШ–75–52%, МОШ–25–35%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 3. Хворий К., історія хвороби № 1712. Страждає на бронхіальну астму І ст. тяжкого перебігу, емфізему легень, пневмосклероз, ДН ІІ ст. Стабільна пульмогенна гіпертензія 5 років. При поступленні скарги на приступи задухи 5–6 разів на добу, сухий надсадний кашель, задишку при незначних навантаженнях і в стані спокою, головний біль, об'єктивно: ЧД 23 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі хрипи в значній кількості. АТ 205/103 мм.рт.ст., пульс 86 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–53%, ОФВ–1–43%, МОШ–75–35%, МОШ–25–27%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, традиційне антигіпертензивне лікування – клофелін 0,15 мг 3 р. в день, крістепін 1 табл. 2 р. в день. Додатково проведений курс введення тренталу, який призначали по 0,2 г (2 ампули) в 250 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, на курс 10 введень. Проведено в стаціонарі 25 днів. Перед випискою відмічає приступи задухи 2–3 р. за добу, які припиняє застосуванням інгалятору "Беротек", незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 179/98 мм.рт.ст., пульс 72 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–68%, ОФВ–1–54%, МОШ–75–46%, МОШ–25–28%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 4. Хвора І., історія хвороби № 2145. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІ ст. Передастма. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання в стані спокою та при фізичних навантаженнях, яке підсилюється 2–3 рази на добу, кашель з виділенням слизового мокротиння, постійний головний біль. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та вологі хрипи. АТ 210/120 мм.рт.ст., пульс 87 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–59%, ОФВ–1–51%, МОШ 75–45%, МОШ 25–35%. Проведена

комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту, традиційне антигіпертензивне лікування – клофелін 0,15 мг 3 р. в день, адельфан 1 табл. 2 р. в день. Додатково проведений курс введення тренталу, який призначали по 0,2 г (2 ампули) в 250 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, на курс 10 введень. Проведено в стаціонарі 25 днів. Перед випискою відмічає зменшення утрудненого дихання в стані спокою, яке покращується застосуванням 2 табл. еуфіліну за добу, незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 169/92 мм.рт.ст., пульс 75 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–61%, ОФВ–1–63%, МОШ–75–52%, МОШ–25–40%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 5. Хвора М., історія хвороби № 855. Діагноз: Бронхіальна астма інфекційно-алергічного генезу І ст., тяжкий перебіг, фаза загострення. Емфізема легень. Пневмосклероз, ДН ІІ ст. Стабільна пульмогенна гіпертензія на протязі 8 років. При поступленні скаржилася на приступи задухи 4–5 разів на добу, сухий кашель, задишку, постійний головний біль, головокружіння, ноючі та колючі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультивно над легенями сухі свистячі хрипи в значній кількості. АТ 182/107 мм.рт.ст., пульс 75 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–52%, ОФВ–1–43%, МОШ–75–38%, МОШ–25–24%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, антигіпертензивне лікування форідоном в дозі 80 мг на добу в 3 прийоми. Проведено в стаціонарі 24 дні. Перед випискою відзначає приступи задухи 1–2 р. на добу, які припиняє застосуванням інгалятору "Сальбутамол", незначний кашель з виділенням харкотиння, епізодично – головний біль. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 153/88 мм.рт.ст., пульс 81 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–69%, ОФВ–1–61%, МОШ–75–56%, МОШ–25–42%. Результат лікування визначений як добрий.

Приклад 6. Хворий Ш., історія хвороби № 2162. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення, ДН ІІ ст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 19 в хв., аускультивно над легенями сухі свистячі

та помірна кількість вологих хрипів. АТ 191/96 мм.рт.ст., пульс 76 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ 54%, ОФВ–1–43%, МОШ–75–26%, МОШ–25–10%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту лікуванням форідоном в дозі 60 мг на добу в 3 прийоми. Проведено в стаціонарі 24 дні. Перед випискою відзначає зменшення утрудненого дихання, припинив застосування інгаляційних бронхолітиків, але продовжує приймати 1 табл. еуфіліну на ніч, незначний кашель з виділенням слизового харкотиння, епізодично – головний біль. Аускультативно – невелика кількість сухих хрипів. АТ 155/93 мм.рт.ст., пульс 86 в хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–68%, ОФВ–1–65%, МОШ–75–57%, МОШ–25–49%. Результат лікування визначений як добрий.

Приклад 7. Хвора С., історія хвороби № 606. Діагноз: Бронхіальна астма інфекційно-алергічного генезу І ст., тяжкий перебіг, ф. загострення, ДН ІІ–ІІІ ст. Емфізема легень, дифузний пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на слабкість, приступи задухи 3–5 разів на добу, виділення харкотиння, задишку при фізичному навантаженні. При об'єктивному дослідженні ЧД 23 в 1 хв. Над легенями сухі розсіяні свистячі хрипи. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–51%, ОФВ–1–38%, МОШ–75–36%, МОШ–25–35%. АТ 181/106 мм.рт.ст. Форідон в складі комплексної терапії призначався в дозі 80 мг на добу в 3 прийоми. Трентал вводився по 0,2 г (2 ампули) в 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, всього 10 введень. Проведено в стаціонарі 21 день. При закінченні лікування приступів задухи, головного болю, головокружіння задишки нема. АТ 131/81 мм.рт.ст., пульс 82 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–78%, ОФВ–1–66%, МОШ–75–59%, МОШ–25–57%. Результат лікування визначений як відмінний.

Приклад 8. Хвора Л., історія хвороби № 8563. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення, ДН ІІ ст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання при невеликому навантаженні та в стані спокою, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, постійний головний біль. Об'єктивно: ЧД 20 в хв., аускультативно над легенями сухі свистячі та помірна кількість вологих хрипів. АТ 194/105 мм.рт.ст., пульс 77 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЕЛ–50%, ОФВ–1–42%, МОШ 75–35%, МОШ–25 27%. Проведена комплексна терапія хронічного

обструктивного бронхіту, лікування форідоном в дозі 75 мг на добу в 3 прийоми. Трентал вводився по 0,2 г (2 ампули) в 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, всього 10 введень. Проведено в стаціонарі 21 день. При закінченні лікування приступів задухи, головного болю, головокружіння задишки нема. АТ 127/79 мм.рт.ст., пульс 84 в 1 хв. Показники ФЖЕЛ-78%, ОФВ-1-69%, МОШ-75-62%, МОШ-25-46%. Перед випискою відзначає відсутність утрудненого дихання, кашлю, виділення харкотиння, головної болі, припинила застосування інгаляційних бронхолітиків та препарати еуфіліну. Аускультативно – поодинокі сухі хрипи. Результат лікування визначений як відмінний.

На лікуванні знаходилися хворі на ХОЗЛ в фазі загострення, що змушувало проводити комплексне лікування. Воно включало бронхолітичні, відхаркуючі, антигістамінні препарати, за показниками – кортикостероїди, антибіотики. Основу бронхолітичної терапії складали ксантинові похідні у 78,8% хворих, інгаляційні симптоміматики – у 56,3% та кортикостероїди – у 46,5%, спазмолітики – у 60,5% хворих.

Форідон у складі комплексного лікування в стаціонарі отримували 25 хворих на ПАГ (II гр.) в віці від 36 до 67 років (середній вік $52,2 \pm 2,2$ р.). На БА страждали 15 пацієнтів, на ХОБ – 10.

Курсове лікування форідоном починали з разової дози 19 мг в три прийоми. На цьому етапі вивчалася індивідуальна переносимість препарату. Через 3-4 дні дозу збільшували до досягнення індивідуального ефекту для кожного хворого (це доза, яка знижує середній динамічний тиск (СДТ) не менше, ніж на 10% від початкового рівня. $СДТ=0,75 \text{ САТ} + 0,58 \text{ ДАТ}$). В дослідженні вона коливалася від 40 до 140 мг на добу, була поділена на три прийоми через рівні проміжки часу (8 годин).

З метою порівняльної характеристики ефективності протигіпертензивної терапії одночасно проводилось динамічне спостереження за 23 хворими на ПАГ контрольної (I) групи. У пацієнтів цієї групи на фоні бронхолітичної терапії призначалися протигіпертензивні препарати інших груп (симпатолітики, тiazидні діуретики, периферичні вазоділятори з групи гідралазіну) за індивідуально визначеною схемою.

Курсове лікування в складі комплексної терапії з включенням тренталу проведено у 13 хворих на ПАГ (III гр.), на БА страждали 8,

на ХОБ 5, середній вік $51,3 \pm 1,9$ р. Препарат призначали в дозі 0,2 г (2 ампули) в 250 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60 хв. через день, на курс 10 введень. Гіпотензивна терапія у пацієнтів цієї групи не відрізнялася від контролю.

У 15 хворих на ПАГ проведено дослідження поєднаного застосування форідону та тренталу (IV група) в дозах та шляхах введення препаратів як I в попередніх групах. На БА страждали 9 пацієнтів, на ХОБ – 6.

За віком, статтю, тяжкості захворювань групи були співставимими, що дало змогу проводити порівняльний їх аналіз. Тривалість лікування складала від 20 до 28 днів, в середньому $24,6 \pm 2,3$ дні.

В таблиці 1 подані зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЖД), що виникли в процесі стаціонарного лікування в вивчаємих групах хворих на ПАГ.

Як видно з поданої таблиці, додаткове призначення тренталу хворим, що отримували традиційну бронхолітичну та гіпотензивну терапію (III гр.) в порівнянні з контрольною (I) групою істотно не покращувало прохідність бронхів по жодному з вивчаємих показників ($p > 0,05$). У хворих, яким замість традиційних гіпотензивних препаратів призначали форідон (II гр.), спостерігалось покращення бронхіальної прохідності: підвищення ФЖЕЛ до $70,1 \pm 2,5\%$ ($p > 0,05$), ОФВ-1 до $59,1 \pm 2,9\%$ ($p < 0,03$), МОШ-75 до $54,1 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$), МОШ-25 до $40,9 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$). Найбільший позитивний вплив на тонус бронхів встановлений в IV групі хворих, яким одночасно проводили лікування з призначенням форідону та тренталу. ФЖЕЛ збільшилася в порівнянні з контрольною групою до $74,3 \pm 5,1\%$ ($p < 0,04$), на $16,6 \pm 4,4\%$, ОФВ-1 до $66,3 \pm 3,1\%$ ($p < 0,3$), на $34,5 \pm 4,1\%$, МОШ-75 до $61,3 \pm 2,8\%$ ($p < 0,01$), на $30,9 \pm 5,2\%$, МОШ-25 до $48,3 \pm 3,4\%$ ($p < 0,01$), на $50,3 \pm 3,7\%$.

Зміни стану серцево-судинної системи у хворих з вивчаємих груп подані в табл.2.

Найбільш позитивні зміни центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки також відзначалися серед пацієнтів, яким в комплексну терапію одночасно включали форідон та трентал – IV гр. (табл.2). В порівнянні з контролем САТ знизився на $42,1 \pm 4,3$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$), ДАТ на $14,7 \pm 3,7$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$), фракція викиду (ФВ) лівого шлуночку (л.ш.) збільшилася до $40,9 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), ФВ правого шлуночку

(п.ш.) до $44,19 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$), серцевий індекс (CI) до $2,62 \pm 0,21$ л/хв./м кв. ($p < 0,02$). Призначення лише форідону в складі комплексного лікування хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ПАГ (II гр.) в порівнянні з контролем (I гр.) також було ефективним, але в меншій мірі ніж в попередній групі: САТ знизився на $20,5 \pm 3,3$ мм рт.ст. ($p < 0,02$), ДАТ на $6,7$ мм.рт.ст. ($p > 0,05$), CI до $2,48 \pm 0,25$ л/хв./м кв. ($p < 0,05$). Підвищення ФВ лівого та правого шлуночків було недостовірним ($p > 0,05$). Призначення тренталу в комплекс лікування хворим на ПАГ, що одержували традиційну гіпотензивну терапію (III гр.) не змінило показники центральної та

внутрішньосерцевої гемодинаміки в порівнянні з контролем.

Таким чином, в порівнянні з прототипом, спосіб, що заявляється, дозволяє ефективно знизити артеріальний тиск, покращити скоротливість лівого та правого шлуночків серця, функцію зовнішнього дихання, зменшити клінічні проявлення захворювання I, за рахунок цього, підвищити ефективність лікування данної категорії хворих.

Спосіб рекомендується для широкого впровадження в практичних закладах охорони здоров'я.

Таблиця 1

Динаміка основних показників ФЗД у хворих на пульмогенну гіпертензію в процесі лікування.

Групи дослідження	Показники							
	ФЖЕЛ	P	ОФВ-1	P	МОШ-75	P	МОШ-25	P
I	$54,2 \pm 2,3$	$<0,05$	$42,8 \pm 2,3$	$>0,05$	$38,4 \pm 2,1$	$<0,05$	$27,4 \pm 2,2$	$>0,05$
	$63,8 \pm 2,6$		$49,3 \pm 2,7$		$46,8 \pm 2,4$		$31,1 \pm 2,5$	
II	$52,6 \pm 1,2$	$>0,05$	$41,3 \pm 2,4$	$<0,03$	$37,7 \pm 1,5$	$<0,05$	$26,6 \pm 3,1$	$<0,05$
	$70,1 \pm 2,5$		$59,1 \pm 2,9$		$54,1 \pm 2,9$		$40,9 \pm 3,3$	
III	$53,9 \pm 2,6$	$>0,05$	$42,1 \pm 1,7$	$>0,05$	$37,2 \pm 2,2$	$>0,05$	$26,8 \pm 3,1$	$>0,05$
	$63,7 \pm 2,3$		$50,1 \pm 2,1$		$47,6 \pm 2,5$		$32,9 \pm 2,2$	
IV	$53,6 \pm 3,1$	$<0,04$	$44,1 \pm 2,5$	$<0,03$	$38,4 \pm 2,3$	$<0,01$	$28,1 \pm 1,5$	$<0,01$
	$74,3 \pm 5,1$		$66,3 \pm 3,1$		$61,3 \pm 2,8$		$48,3 \pm 3,4$	

Примітки: Чисельник – показники до початку лікування.

Знаменник – показники перед закінченням стаціонарного лікування.
P – достовірність для контрольної групи з початковим рівнем,
для інших груп – достовірність в порівнянні з контролем.

Таблиця 2

Показники центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на ПАГ в процесі комплексного лікування

Показники	Групи дослідження							
	I	P	II	P	III	P	IV	P
САТ	<u>189.1±2.9</u>	<0.05	<u>188.6±2.9</u>	<0.02	<u>189.3±2.3</u>	>0.05	<u>188.6±2.9</u>	<0.01
	171.8±3.6		151.3±3.1		169.6±2.7		129.7±3.1	
ДАТ	<u>105.4±2.1</u>	<0.05	<u>105.6±7.1</u>	>0.05	<u>105.2±3.1</u>	>0.05	<u>104.9±3.3</u>	<0.01
	96.6±3.4		89.9±4.4		95.9±2.8		81.6±3.4	
ФВл.ш.	<u>31.8±1.9</u>	>0.05	<u>32.8±1.7</u>	>0.05	<u>31.7±1.9</u>	>0.05	<u>32.1±1.9</u>	<0.05
	31.8±2.6		33.2±2.7		30.9±2.2		40.9±2.3	
СІ	<u>2.19±0.12</u>	>0.05	<u>2.18±0.23</u>	<0.05	<u>2.18±0.15</u>	>0.05	<u>2.21±0.31</u>	<0.02
	2.12±0.15		2.48±0.25		2.21±0.14		2.62±0.21	
ФВп.ш.	<u>39.88±1.7</u>	>0.05	<u>39.81±1.71</u>	>0.05	<u>39.77±1.8</u>	>0.05	<u>39.82±1.68</u>	<0.05
	40.04±1.9		40.31±2.3		37.98±2.0		44.19±2.2	

П р и м і т к и: Чисельник – показники до початку лікування.

Знаменник – показники перед закінченням стаціонарного лікування.

P – достовірність для контрольної групи з початковим рівнем,
для інших груп – достовірність в порівнянні з контролем.

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор М.Куль

Замовлення 4451

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

